S.

Ueber

das Vorkommen von Carcinom

auf der

Basis von Lupus und Geschwüren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen medicinischen Fakultät der Georg-Augusts-Universität
zu Göttingen

vorgelegt von

Theodor Martschke
approb. Arzt
aus Weissenberg (Sachsen).

Göttingen 1904.
Druck der Dieterich'schen Univ.-Buchdruckerei
W. Fr. Kaestner.

Der hohen medizinischen Fakultät der Georgia Augusta
vorgelegt am 24. Februar 1904.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Braun.

Die Drucklegung erfolgt mit Genehmigung der Fakultät.

Seinem Bruder Martin,

Arzt in Süd-Australien,

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30605763

Ein wichtiges Moment bei der Entwicklung der Carcinome bildet die locale Reizung, besonders wenn sie dauernd auf die Gewebe einwirkt. Das Carcinom entsteht nicht selten auf chronisch entzündlicher Basis besonders an solchen Körperstellen, wo mechanische oder chemische Reizungen häufiger stattfinden, wie z. B. an der äusseren Haut, ich weise hin auf den Scrötalkrebs bei Schornsteinfegern und den Krebs bei Theer- und Paraffinarbeitern, an den Lippen, im Oesophagus, überhaupt im ganzen Verdauungskanal, wo normale Verengerungen vorhanden sind, und daher leicht Läsionen entstehen können. Der Ausgangspunkt der Carcinome an der äusseren Haut sind oft Narben und Geschwüre, die dauernden Reizungen ausgesetzt sind und nicht zur Heilung kommen, oder wenn sich eine dünne Epitheldecke gebildet hat, immer von neuem wieder aufbrechen, wie z. B. grosse traumatische Hautdefekte, Verbrennungen mit sekundären Contrakturen und Deformitäten, wo die gespannten, dünnen Narben leicht verletzt werden, wohl auch zu Eiterungen führen, chronische Unterschenkelgeschwüre, alte in Knochen führende Fisteln, lange künstlich offen gehaltene Fontanellen, lupöse Erkrankungen.

Diese chronischen Reizungen sind nicht die Ursache der Geschwulstbildung, sondern nur Nebenumstände, die die Krebsentwicklung in hohem Masse zu begünstigen, einen für das Wachstum derselben geeigneten Boden zu schaffen vermögen, aber nicht imstande sind, direkt ein Carcinom hervorzurufen. Die übrigen Momente, die im Verein mit diesen Nebenumständen die Krebsbildung bedingen, sind bis jetzt noch völlig unbekannt.

Es soll nun meine Aufgabe sein, zu dem Vorkommen von Carcinom auf der Basis von Lupus und Geschwüren einige Beiträge zu liefern. Ich teile zunächst die Krankengeschichten der betreffenden Fälle mit, die in der Göttinger Klinik in der Zeit von 1896 bis jetzt, solange als dieselbe unter der Leitung des Herrn Geheimen Medizinalrats Professor Dr. Braun steht, zur Beobachtung gekommen sind.

A. Carcinome auf Lupus.

1. Fall. Patientin, Sophie L., ist eine 56jährige Landwirtswittwe aus Langenfeld. Sie hat seit etwa 29 Jahren Geschwüre auf der rechten Hand, die ab und zu heilten, aber stets nach kurzer Zeit wieder aufbrachen. Seit etwa 4 Monaten hat sich ihr Leiden sehr verschlimmert; sie klagt auch seit einiger Zeit über Husten.

Status am 13. VIII. 1896. Patientin ist eine stark abgemagerte, alt aussehende Frau. Ueber beiden Lungen hört man hinten unten feuchte Rasselgeräusche, es besteht ein reichlicher schleimig eitriger, sehr zäher Auswurf. Die rechte Hand ist fast ganz in einen an der Oberfläche geschwürigen Tumor aufgegangen. Von den Fingern sind nur noch Stümpfe übrig, der Daumen ist noch ziemlich frei. Der Tumor verbreitet einen starken Gestank. In der Achselhöhle fühlt man einen mit der Haut verwachsenen grossen Knoten.

Die Behandlung besteht zunächst in Verbänden mit essigsaurer Thonerdelösung. Am 15. VIII. wird in Chloroformnarcose die Amputation des rechten Armes dicht über dem Handgelenk vorge-

nommen; die Tumormassen in der Achselhöhle werden entfernt mit Resection eines Stückes der Vena axillaris, die mit den Drüsen verwachsen ist.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Plattenepithelcarcinom. In einem Stück Haut, wo das Carcinom an gesunde Haut grenzt, finden sich mehrere, zum Teil verkäste Tuberkelknötchen mit Riesenzellen.

Die Frau ist sehr elend und wird deshalb sehr gepflegt. Die Wundheilung geht gut von statten; am 2. IX. wird Patientin entlassen.

Bald nach der Entlassung trat ein Recidiv in der Achselhöhle auf, dem Patientin schon am 26. XI. 1896 erlegen ist.

2. Fall. Wilhelm W., 55 Jahre alt, Kürschnermeister aus Detmold. Patient leidet seit seinem 10. Jahre an Lupus im Gesicht, der an der linken Seite des Halses und am linken Ohre begonnen und sich allmählich von der linken auf die rechte Gesichtshälfte fortgepflanzt hat. Die verschiedenartigste Behandlung, wie Ausbrennen, Ausschaben, zuletzt Beleuchtung mit Röntgenstrahlen, haben keinen dauernden Erfolg gehabt. Vor etwa einem Jahre hat sich in der Gegend des linken Kieferwinkels ein kleines Geschwür ausgebildet, das ihm von seinem Arzte herausgeschnitten worden ist. Die Wunde ist jedoch nicht vollständig verheilt; in der letzten Zeit ist die Wunde grösser geworden, hat die umgebende Haut mit ergriffen und reichlich Sekret abgesondert.

Der Befund am 9. I. 1899 ist folgender. In den inneren Organen des Patienten ist nichts Abnormes nachzuweisen, die Stimme klingt etwas heiser. Man sieht einen ausgedehnten Gesichtslupus in continuierlicher Fläche von der unteren linken Halsseite sich über die ganze linke Gesichtshälfte und über die rechte bis zum äussern Orbitalrande hinziehend. Der obere Teil der Stirn und der untere Teil des Kinns sind frei. Das linke Ohr ist bis auf seinen knorpligen Teil zerstört. Der Lupus ist, mit Ausnahme eines an seiner Peripherie sich ringsherumziehenden geröteten Walles und einiger jüngerer Nachschübe und borkenbedeckter Stellen an der Nase, mit eingezogenen, strahligen Narben abgeheilt. Am linken Kieferwinkel sieht man eine thalerstückgrosse, geschwürige, über der Hautebene hervorstehende Fläche, in der eitrige Stellen und frischere Granulationen sichtbar sind.

Operation. In Narkose wird der thalerstückgrosse ulcerierte Hautdefekt in gesundem Gewebe umschnitten. Es zeigt sich bei seiner Ablösung, dass er die oberflächliche Fascie nicht durchbrochen hat. Er wird vollkommen im Gesunden exstirpiert. Unter-

halb des linken Ohres findet sich eine zweite ganz kleine geschwürige Stelle, die ebenfalls umschnitten und herausgelöst wird. Nach längerer Compression beider Stellen werden dieselben mit dem linken Oberschenkel entnommenen Hautlappen nach Thiersch bedeckt und danach verbunden. Ein kleines, auf dem Fussrücken befindliches, pigmentiertes Papillom wird exstirpiert und der Defekt mit Seidennähten geschlossen.

Am 14. I. wird der erste Verbandwechsel vorgenommen. Die Wunde am Fusse ist gut verklebt, die Nähte werden entfernt. Die Haut auf dem kleineren der beiden Defekte am Halse ist gut aufgeheilt, auf dem grossen Defekte sind einzelne verschieden grosse Granulationsstellen zwischen aufgeheilter Haut sichtbar. — Am 28. I. ist die Wunde vollständig überhäutet, am 30. I. wird Patient als geheilt entlassen.

Am 7. V. 1900 findet seine Wiederaufnahme statt. Vor ungefähr 6 Wochen hat Patient bemerkt, dass er in der Grube über dem linken Schlüsselbeine einen harten Knoten habe, der sich langsam vergrösserte. Als der Tumor immer mehr heranwuchs, kam er in die hiesige Klinik.

Patient ist ein gut genährter Mann mit ausgebreitetem Lupus im ganzen Gesicht. Nur an der Stelle, wo im Januar 1899 eine Excision des Lupuscarcinom mit nachheriger Transplantation vorgenommen wurde, ist kein Lupus zu bemerken. In der linken Fossa supraclavicularis befindet sich eine wallnussgrosse, harte Geschwulst, die etwas verschieblich ist. Sonst sind nirgends andre Tumoren zu bemerken.

Am 8. V. wird die Exstirpation des Drüsenpacketes im Gesunden vorgenommen. Dabei zeigt sich, dass der Knoten die Vena iugularis interna fest umwachsen hat. Die Vene wird proximal und distal von der Geschwulst unterbunden und der Knoten darauf reseciert. An dem Präparate sieht man, dass im ganzen Verlaufe des resecierten Venenstückes dieses vollständig von fester Geschwustmasse durchwachsen ist. — Am 14. V. werden die Nähte entfernt, da der Wundverlauf ein sehr guter ist. — Am 18. V. ist die Wunde vollständig geheilt, Patient wird deshalb entlassen.

Am 10. IX. 1901 erfolgt nochmals seine Wiederaufnahme. Vor 4 Wochen kam Patient mit Klagen über seinen linken Arm, der ihm schwer geworden sei, seit Juni sei er verschiedentlich angeschwollen. Es konnte jedoch damals bei der Untersuchung nichts gefunden werden, was die Beschwerden verursacht haben könnte. Nun kommt Patient wieder und giebt an, seit 3 Wochen eine Geschwulst am Halse bemerkt zu haben, welche keine Beschwerden macht.

Man sieht an der Stelle der letzten Operation eine tiefe Narbe, deren Umgebung, auch nach der Tiefe, weich ist. Dagegen ist der ganze Ansatz des Musculus sternocleidomastoideus in eine taubeneigrosse harte, unverschiebbare Tumormasse verwandelt, über der die Haut unverändert ist. Etwas nach aussen von dieser Stelle befindet sich eine kleine Fistelöffnung, aus der sich bei Druck eine dünne, eiterähnliche Flüssigkeit entleert. Mit der Sonde kann man in die Oeffnung nicht eindringen.

Die Operation erfolgt am 11. IX. In Narcose wird ein etwa 4 cm langer Schnitt über die Geschwulst hinweg ausgeführt und von diesem aus der Tumor nach Möglichkeit mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Die Wunde wird vernäht und verbunden. — Am 19. IX. ist die Wunde vollkommen fest vernarbt bis auf den unteren Winkel, wo noch geringe Secretion besteht. Pat. wird mit Schutzverband entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Cancroid auf lupöser Basis.

Nach späterer Mitteilung wurde Patient nach der Operation immer schwächer. Es bildete sich ein locales Recidiv, ein Geschwür mit Absonderung eines übelriechenden Eiters. Der behandelnde Arzt diagnosticierte Krebs. Es erfolgte am 7. VII. 1902 der Exitus letalis unter hochgradiger Cachexie.

3. Fall. Wilhelm W., 71 Jahre, Schneider aus Göttingen. Schon als Kind hatte Patient an der linken Schulter eine rote Flechte, die er stets mit Bleiwasser und zwar mit Erfolg behandelte. Seit September vorigen Jahres bildete sich in der Flechte, die im Laufe der Jahre an Umfang stark zugenommen hatte, eine Geschwulst, die schnell wuchs und vom hinzugezognen Arzte mit Salbe behandelt wurde; die Geschwulst griff auf den Arm über, sodass er ihn jetzt nicht mehr heben kann. Im letzten Winter litt er lange an Influenza.

Die objektive Untersuchung am 10. IV. 1899 ergiebt Folgendes. Patient ist für sein Alter ein sehr rüstiger, kräftiger Mann. Der Puls ist kräftig und regelmässig. Ueber beiden Lungen wird ausgedehnte Bronchitis festgestellt. Die hintere Fläche der Schulter, des oberen Drittels des linken Oberarms, die Gegend des Schulterblattes bis ungefähr zu seiner Mitte, die Achselhöhle im hinteren Abschnitt sind eingenommen von einem purpurroten Lupusfleck, ein ebensolcher von Fünfmarkstückgrösse befindet sich zwischen linkem Schulterblatt und Wirbelsäule. Im untern, äusseren Winkel dieses Flecks sitzt ein zweifaustgrosser zerfallner, stinkender Tumor, zum Teil auf den Arm, auf die Achselhöhle übergreifend, und am

Rücken so stark zwischen beiden verwachsen, dass der Arm nicht abduciert werden kann. Die beiden Oberarme sind gleich dick, die Lymphdrüsen der Achselhöhle sind nicht geschwollen. Die Haut der Lupusstellen ist vollkommen trocken, glatt und schilfert etwas ab. Am Uebergang des Carcinoms in die lupöse Haut sind zum Teil knotige Verdickungen, die halbinselförmig in die Haut vorspringen. Diese Randpartieen sind noch nicht zerfallen, dagegen der ganze andre Tumor mit schmierig eitrigem, stinkenden Secret bedeckt und mit vielen tiefen Einrissen versehen. Die Oberfläche des Tumors sieht am Rande rot und weisslich aus, die zerfallene Partie schmutzig grün. Der Tumor ist 13 cm lang, 14 cm breit, 2—3 cm dick. Der Arm liegt ziemlich dicht am Leibe an und kann nur wenig von ihm abgehoben werden, die Geschwulst hindert eine weitere Abduction. Der rechte Oberarm misst an der dicksten Stelle im Umfang 28 cm, der linke 27 cm.

Die Operation wird am 11. IV. unter Schleichs Localanästhesie vorgenommen. Der Tumor wird im Gesunden, das heisst in der alten lupösen Fläche umschnitten und mit dem Unterhautfettgewebe bis auf die Muskulatur exstirpiert. Am Arm kann eine Strecke von 6 cm genäht werden, die übrige Wunde wird offen gelassen. — In der ersten Woche nach der Operation tritt bisweilen Fieber bis zu 39,4° auf, die Wunde eitert ziemlich stark. Am Ende der zweiten Woche, während der der Temperaturverlauf normal war und sich die Wunde gereinigt hat, wird dieselbe mit Hautläppchen nach Thiersch vom Oberschenkel bedeckt. — Am 21. Tage nach der Operation tritt plötzlich Temperatursteigerung bis zu 40° auf. Patient ist etwas benommen. Der Puls ist beschleunigt. Beim Verbandwechsel zeigt sich, dass die transplantierten Lappen gehalten haben. Die Rasselgeräusche sind zahlreicher, zum Teil kleinblasig, der Auswurf ist sehr gering. Unter dauernd hohem Fieber und starker Pulsbeschleunigung tritt 3 Tage später der Tod ein.

Bei der Sektion finden sich bronchopneumonische Herde in beiden Lungen, besonders links; braune Atrophie des Herzens; Prostatahypertrophie, Balkenblase, geringe Hydronephrose. Von Metastasen wurde nichts vorgefunden.

Die mikroskopische Diagnose lautet Lupuscarcinom.

4. Fall. Christian V., 51 Jahre, Arbeiter aus Wintermoor. Patient ist bereits öfters in hiesiger Klinik behandelt worden. Infolge Tuberculose ist bereits das linke Kniegelenk reseciert, und später, als er ein Recidiv bekam, der linke Oberschenkel amputiert worden. Zwei Jahre später wurde ihm das rechte Kniegelenk reseciert; im Frühjahr 1890 erkrankte das linke Ellbogengelenk. Das-

selbe wurde mit Injectionen von Jodoformglycerin behandelt. Ausserdem litt er bereits seit seinem 12. Lebensjahre an Gesichtslupus, der wie früher auch im Jahre 1890 ausgekratzt wurde. Ferner hatte er schon damals kranke Lungen und Eiweiss im Urin. Im November 1890 wurde V. auch angeblich mit Erfolg mit Koch'scher Lymphe behandelt. Patient hat sich seit dieser Zeit im ganzen wohlgefühlt. Der linke Arm, der im stumpfen Winkel steif geworden ist, hat ihn nicht gehindert seine Arbeit zu verrichten. Lupusrecidive liess er sich ab und zu vom Arzte auskratzen, bez. ausschneiden, so zum letzten Male im Januar d. J. an seinem rechten Ohre. Nach einiger Zeit bekam er ein neues Recidiv mit derber Knotenbildung. Um sich dieses entfernen zu lassen, kommt Patient hierher.

Bei der Aufnahme am 27. XI. 1894 ergiebt sich folgender Status. Patient ist ein mittelgrosser, mässig genährter Mann mit den sichtbaren Zeichen seiner früheren Operationen. Mit dem steifen rechten Knie, das in ganz vorzüglicher Stellung geheilt ist, und einer Holzstelze am linken Oberschenkelstumpfe vermag er erträglich zu gehen. Die Muskulatur seiner Arme spricht dafür, dass er tüchtig gearbeitet hat. Im Gesicht sieht man zahlreiche Narben, an der Nase fehlt der knorplige Teil ganz. Am Tragus des rechten Ohres bemerkt man erbs- bis kirschgrosse, harte Knoten, zwischen denen sich Lupusknötchen und trockne Borken befinden. Das rechte Ohrläppchen ist stark verdickt, bläulich verfärbt und sieht sulzig aus, und diese Schwellung geht in den Tragus und seine vordere Nachbarschaft über. Der Lungenbefund hat sich seit dem letzten Male nicht verändert. Im Urin ist ziemlich viel Albumen.

Operation am 28. IX. In Narcose wird die Circumcision der erkrankten Partie um den Tragus herum und die Abtragung des Ohrläppchens und der umschnittnen Fläche vor dem Tragus bis auf die Parotis vorgenommen. Die Wundränder werden, soweit es geht, durch Seidennähte vereinigt, der übrig bleibende Defekt durch Hautläppchen nach Thiersch gedeckt, darüber ein weicher Verband gelegt. — Der Heilverlauf ist ein vollkommen guter, die transplantierten Läppchen sind gut aufgeheilt, sodass Patient am 12. X. entlassen werden kann.

Nachher ist Patient noch etwa 10mal wegen seines Lupus von seinem Arzte zu Hause gebrannt worden. Am 3. VIII. 1899 erfolgt seine Wiederaufnahme.

Das ganze Gesicht bildet eine Narbenfläche, in der einzelne hypertrophische Lupusknötchen sitzen. Die Nase ist sehr klein, stark eingesunken. Am rechten Nasenflügel sitzt ein auf die Wange übergehender, überwallnussgrosser, schmutzig grau-schwarz ausse-

hender, mit Einrissen versehener Knoten. Es besteht Ektropion des rechten unteren Augenlides. Der Knoten ist erhaben, setzt sich scharf ab und macht den Eindruck eines Carcinoms. Derselbe soll gewachsen sein im Laufe des letzten halben Jahres, doch war vorher auch schon Lupus an der Stelle.

Die Operation findet am 4. VIII. statt. Der Knoten wird im Gesunden umschnitten, vom Nasenbein abgelöst und in der ganzen Dicke des Nasenflügels excidiert. Die Wunde und die Nasenöffnung werden tamponiert. Die übrigen im Gesicht sich findenden Lupusknötchen werden ausgeschabt und thermocauterisiert. — Die Heilung geht unter Salbenverbänden gut von statten. Patient wird am 7. IX. als geheilt entlassen.

Patient ist am 2. März 1900 an einer innern, fieberhaften Krankheit gestorben; ein Recidiv des Carcinoms ist bis dahin nicht eingetreten.

Die mikroskopische Untersuchung des Knotens ergiebt Cancroid.

5. Fall. Luise K., 54 Jahre alt, Handelsmannsfrau aus Herford, wird am 24. IX. 1901 in die Klinik aufgenommen. Sie ist bis zu ihrem 6. Lebensjahre gesund gewesen. Der Vater ist an einem Lungenleiden gestorben, die Mutter an Krebs. Die Geschwister sind gesund. In ihrem 6. Jahre hat sie Masern gehabt und eine Ohrentzündung, die ein Jahr lang gedauert hat; seitdem hört Patientin auf dem rechten Ohre schlecht. Gleich darauf hat sie schlimme Augen gehabt, sodass sie $^1/_2$ Jahr fast nichts sehen konnte. In demselben Jahre noch ist die Nase erkrankt und seitdem ist Patientin fortwährend deshalb in Behandlung gewesen. Nachdem ihr Zustand die letzten 10 Jahre hindurch erträglich war, hat er sich seit letztem Winter so verschlimmert, dass Patientin jetzt auf den Rat des Arztes die Klinik aufsucht. Die Nase war bis zum vorigen Sommer völlig überhäutet; zu dieser Zeit bildete sich eine kleine Stippe, die sich in ein Geschwür verwandelte. Das Geschwür wurde zu einer Geschwulst, die allmählich an Grösse zunahm. Der jetzige Zustand besteht seit 4 Wochen. Patientin ist nur mit Salben und Höllensteinätzungen wegen ihres Lupus behandelt worden.

Patientin ist eine mittelgrosse Frau in mittlerem Ernährungszustande. Sie hat ein Struma von ziemlich weicher Konsistenz, die Hyperplasie betrifft beide Lappen und den Isthmus. Die ganze Gesichtshaut zeigt Veränderungen, die auf zum grössten Teil abgeheilte lupöse Affectionen zu beziehen sind. Diese Veränderungen reichen oben bis zur Haargrenze, nach hinten bis über die Ohren, nach unten bis zum Halse. Die Oberlippe zeigt in der Mittellinie

eine narbige Einziehung. Die Haut ist zum grössten Teil narbig atrophisch, an andern Stellen rötlich braun und mit Schuppen bedeckt. Die Nase ist in einen ulcerierten Tumor von Kleinapfelgrösse verwandelt, die Oberfläche ist grösstenteils rötlich, an einigen Stellen gelblich belegt, der Rand ist wallartig erhoben und hart, Kiefer- und Halsdrüsen sind nicht nachweisbar geschwollen. Es besteht Exophthalmus mässigen Grades.

Am 25. IX. wird in Chloroformnarcose die Geschwulst im gesunden Gewebe herausgeschnitten, die knöchernen Bestandteile des Nasengerüstes werden soweit prominierend abgekniffen. Der Tumor erscheint makroskopisch vollständig exstirpiert. Tamponade beider Nasenhöhlen mit Jodoformgaze-Verband. — Die Wunden granulieren rein, doch zeigen sich bald an der Nasenwurzel üppigere rötliche Wucherungen, die auf Tumor verdächtig sind. Es wird deshalb am 21. X. zu nochmaliger Operation in Chloroformnarcose geschritten. Diese verdächtigen Stellen, die bis zur Höhe der Verbindungslinie der Augenbrauen reichen, werden umschnitten, die Geschwulstmassen und teilweise die Nasenbeine entfernt, und dann die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert. Nach zwei Tagen wird der Verband gewechselt, die Tampons werden entfernt. — Zur Deckung des Nasendefektes musste an die italienische Methode gedacht werden, da die Stirn der Patientin völlig lupös ist. Es wurde daher versucht, ob sie einige Tage den Arm am Kopf fixiert halten könne, doch schon nach zwei Tagen der Verband wieder abgenommen, da Patientin erklärt, es nicht aushalten zu können; sie will sich eine Nase aus Papiermâché herstellen lassen. — Am 22. XI. haben sich an der Nasenwurzel auf das Septum übergreifend wiederum verdächtige Granulationen angesammelt; daher wird in Narcose die Excision eines dreieckigen Stückes aus dem Septum mittels Knochenscheere und Entfernung eines Stückes von der Nasenwurzel mit Luerscher Zange vorgenommen, die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert. — Die Wunde granuliert gut. Am 4. XII. wird Patientin mit gut sitzender Papiermâchénase auf 8 Wochen nach Hause entlassen.

Patientin ist am 26. II. 1904, also nach $2^1/_4$ Jahren noch vollkommen recidivfrei, sie klagt nur darüber, dass das Gesicht immer noch entzündet sei. Die künstliche Nase hat sie abgelegt, weil sie ihr zu unbequem war; sie trägt nur einen kleinen Verband über der operierten Stelle.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt einen zellreichen Plattenepithelkrebs.

6. Fall. Karl K., 53 J. alt, Schuhmacher aus Hagenohsen bei Emmerthal leidet seit Jahren viel an Husten. Vor 37 Jahren, im 16. Lebensjahre, bemerkte er Rötung und Anschwellung der Nase, wurde später mehrfach deswegen operiert und mit Salben behandelt. Seit 14 Tagen vor Weihnachten hat er einen harten Rand um die Nasenöffnung bemerkt, der langsam weiter wächst.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 19. II. 1902 ist der Befund folgender. Patient ist ein grosser, magerer Mann. Er hustet bei tiefer Atmung, ohne auszuwerfen, ist fieberfrei. Das Atmungsgeräusch über der rechten Lungenspitze ist rauh, das Exspirium verschärft. Die Nase fehlt, an ihrer Stelle befindet sich ein bohnengrosses Loch umgeben von einem zehnpfennigstückgrossen Geschwür mit trocknem Schorf bedeckt, dessen Rand sich wulstig vorwölbt, knorpelhart, an der Innenseite geschwürig zerfallen ist. Die obere Nasenpartie, die Wangen, die Oberlippe und kleine Stellen an der Stirn sind mit roten Narben und vereinzelten kleinen trockenen Schorfen bedeckt.

In Chloroformnarcose wird am 21. II. die Geschwulst umschnitten, die vordere Hälfte der Nasenscheidewand sowie die unteren Muschelreste werden entfernt, ebenso die Nasenbeine beiderseits durch die Knochenzange abgekniffen. Die Wundhöhle wird mit Jodoformgaze austamponiert. Zwei lupöse Stellen an der Stirn werden excidiert und die Wunde vernäht. — Fünf Tage später zeigt sich an der vorderen Kante des stehengebliebenen Restes der Nasenscheidewand wieder ein erbsengrosses Knötchen. Deshalb wird nochmals eine Operation in Narcose notwendig. Der Rest der Nasenscheidewand wird mittels Schere und Knochenzange entfernt, die weichen Granulationsmassen im Nasenraum werden ausgeschabt, die stark wuchernden Granulationen am rechten Rande des Naseneinganges abgetragen. Darauf folgt Jodoformgazetamponade und Verband. Die Tampons werden 7 Tage später entfernt. — Am 5. IV. wird Patient entlassen. Durch die leere Nasenhöhle sieht man bis zur Rachenwand, zu beiden Seiten nur wenig secernierende Granulationsflächen, keine Knotenbildung. In die Höhle kommt ein Gazetampon, darüber erhält Patient eine künstliche Nase mit Brille, welche nicht sehr gut aussieht.

Schon im Herbst desselben Jahres begannen in der Nasenhöhle wieder Geschwulstmassen zu wuchern, die das linke Auge aus der Augenhöhle und die Oberlippe nach vorn drängten. Patient starb unter grossen Schmerzen und starker Abmagerung am 10. V. 1903.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Cancroid; von Lupus war nichts mehr zu finden.

7. Fall. Regine D., 37 Jahre alt, Tischlerstochter aus Gieboldehausen, aufgenommen am 29. VI. 1897. Patientin giebt an, vor 25 Jahren 4 Wochen im alten Hospital hier gelegen zu haben, wobei das rechte Auge infolge des Brennens mit Höllenstein verloren gegangen sei. Im vorigen Herbst ist auf der linken Backe ein Geschwür aufgetreten.

Patientin ist eine mässig genährte Frau. Das rechte Auge ist zerstört. Ein Stumpf des Bulbus liegt offen mit den Lidern verwachsen in der nicht schliessbaren Lidspalte. Auf dem linken Auge besteht eine schwere Keratitis und Lagophthalmus. Fingerzählen ist nur möglich in $^1/_4$ m Entfernung. Vom linken untern Augenlidrand bis unter die Unterlippe reicht ein 9 cm langes, 7 cm breites, tief liegendes, sehr grob granuliertes, ziemlich derb anzufühlendes Geschwür ohne erhebliche Infiltration der Ränder. Beide Ohrläppchen sind zerstört. Das ganze übrige, nicht von Carcinom eingenommene Gesicht ist narbig lupös. Auch an der Brust und am Hals finden sich lupöse Narben. Der linke Arm ist elephantiastisch sehr verdickt mit zahllosen Borken und lupösen Geschwüren bedeckt. Am rechten Gesäss und rechten Oberschenkel finden sich zahlreiche kreisförmige Lupuskolonieen.

Ein Stückchen des Geschwürs im Gesicht wird excidiert. Dasselbe zeigt mikroskopisch deutliche Zapfen von Epithelzellen und schöne Schichtungsperlen. Es handelt sich um Carcinom.

Da das Carcinom zu weit um sich gegriffen hat und Patientin zu elend ist, um eine ausgedehnte Operation aushalten zu können, wird sie nur einige Wochen lang mit einer Lösung von Acid. arsenic. 1,0, Aethylalkohol und Aqu. dest. $\overline{aa}$ 75,0 täglich zweimal am Carcinom bepinselt, ut aliquid fiat. — Dem fortwährenden Drängen der Patientin auf Entlassung wird endlich nachgegeben, sie wird am 25. VIII. ungeheilt entlassen.

Patientin ist am 21. VIII. 1898 ihrem Leiden erlegen, nachdem der Krebs besonders in die Tiefe weiter vorgedrungen war; aus dem Geschwür sickerte in letzter Zeit fortwährend Blut hervor.

8. Fall. Dorette H., 35 Jahre alt, Arbeiterin aus Duingen bei Alfeld hat seit 16 Jahren Lupus im Gesicht, der schon vor 12 Jahren in hiesiger Klinik mit Auskratzung und Thermocauterisation behandelt worden ist. Seit Weihnachten trat eine Schwellung der Nase ein, die sie jetzt hierher in die Klinik führt.

Am 6. VI. 1899 wird folgender Status aufgenommen. Die Nase ist durch eine sich hart anfühlende, nässende und von den nässenden Stellen aus üblen Geruch verbreitende Geschwulstmasse ersetzt, die höckerige Vorsprünge und Vertiefungen aufweist und die Farbe von

eingetrockneten Blutborken besitzt. Das häutige Nasenseptum ist noch erhalten. Gegen die Umgebung ist die Geschwulst scharf abgegrenzt. Sie findet ihre Begrenzung seitlich beiderseits durch die Nasolabialfalte, oben durch eine dem unteren Rande der Nasenbeine entsprechende Linie, nach oben seitlich bleibt sie $1^1/_2$ bis 2 cm vom innern Augenwinkel entfernt. Sie bewahrt im ganzen die Form der Nase, übertrifft dieselbe jedoch um ein Bedeutendes an Grösse. Vor dem linken Ohr in der Höhe des Processus condyloideus mandibulae bemerkt man eine incidierte Schwellung, angeblich eine vereiterte Drüse. Die Lupusstellen an beiden Wangen, unteren Schläfenpartieen, an den Fingern sind geheilt und nur noch durch ihre Färbung und Neigung zur Abschilferung kenntlich. An der rechten Halsseite fühlt man mehrere überhaselnussgrosse, erweichte Drüsen.

Am 8. VI. wird in Chloroformnarcose die Operation vorgenommen. Die weichen carcinomatösen Granulationsmassen werden mit dem scharfen Löffel abgeschabt nach Tamponade der Nasenhöhle mit Jodoformgaze. Das knorplige Nasengerüst wird mit dem Messer entfernt und die ganze Neubildung 1 cm entfernt im Gesunden umschnitten. Es zeigt sich jedoch, dass das knöcherne Nasenseptum durch die Neubildung zerstört ist, und dass dieselbe zu sehr in die Tiefe geht, als dass eine vollständige Exstirpation möglich wäre. Es kommt beim weiteren Vordringen zu einer erschöpfenden Blutung, die nur mit Mühe gestillt werden kann. Die vereiterte und schon incidierte Drüse vor dem linken Ohre erweist sich als aus weichen und carcinomatösen Granulationsmassen bestehend. Die Exstirpation der an der rechten Halsseite gelegenen, jedenfalls carcinomatös infiltrierten Drüsen wird wegen der schlechten Prognose des Falles aufgegeben. Der Nasenraum wird mit steriler Gaze tamponiert, die mit Heftpflasterstreifen befestigt wird. — Es beginnen bald wieder aus der Tiefe neue Geschwulstmassen hervorzuwuchern, die die Prognose zu einer absolut schlechten gestalten. Deshalb wird Patientin am 5. VII. entlassen.

Mikroskopisch lässt sich in den von der exstirpierten Nasengeschwulst angefertigten Schnitten von Lupus nichts erkennen, dagegen ist das ganze Gesichtsfeld von Plattenepithelmassen mit zahlreichen Perlkugeln und kleinzelliger Infiltration zwischen den Zapfen eingenommen. Auch in der aus der erweichten Drüse entfernten Masse ist nichts als Cancroid diagnosticirbar.

Patientin ist schon 8 Tage nach Entlassung aus der Klinik unter krampfartigen Erscheinungen verstorben.

9. Fall. Wilhelmine S., 32 Jahre alt, Maurerstochter aus Wülferlied bei Schötmar wird am 20. VII. 1899 aufgenommen. Es

besteht seit 15 Jahren Lupus im Gesicht, der zuerst an der Oberlippe begann, dort mit dem glühenden Paquelin gebrannt wurde, später an der Backe auftrat, dann an der Nase. Alle diese Stellen wurden erst abgekratzt, dann gebrannt. Seit vorigem Herbst besteht eine Schwellung der Unterlippe, die immer grösser wurde. Zu gleicher Zeit trat eine Schwellung des untern und des obern Augenlides auf, die ebenfalls immer grösser wurde.

Patientin ist eine schwächliche Frau in ziemlich gutem Ernährungszustande. Die Unterlippe ist in eine $8^1/_2$ cm breite, $3^1/_2$ cm hohe und 2 cm dicke Geschwulst verwandelt. Dieselbe ist mässig hart, zeigt an einigen Stellen kleine ulcerierte Partieen, die leicht bluten. Nach der Mundhöhle zu geht dieselbe direkt in das Zahnfleisch über. An der linken Wange befindet sich eine pflaumengrosse, von vernarbter Haut bedeckte, sich hart anfühlende, unregelmässig gestaltete Schwellung, die aus einer kleinen stecknadelkopfgrossen Oeffnung Eiter secerniert. Eine wallnussgrosse Drüse ist in der Mitte des rechten horizontalen Unterkieferastes gelegen. An der Stelle des rechten Bulbus und der Augenlider findet sich eine apfelgrosse, ziemlich harte, in der Mitte dem Lidspalt entsprechend ulcerierte Geschwulst, über der die Haut teilweise (oberes Augenlid) erhalten ist. Unter dieser erhaltnen Haut fühlt man unregelmässig gestaltete, höckrige Geschwulstpartieen. Nach oben reicht die Geschwulst bis zur Augenbraue, nach innen bleibt sie 2 cm vom innern Lidwinkel des linken Auges entfernt, nach unten 4 cm vom rechten Mundwinkel. Nach innen hat sie eine tief ulcerierte, thalergrosse, eitrig belegte Stelle, ebenso am untern Augenlid, doch ist hier die Ulceration mit dicken Borken belegt. Vom Bulbus ist nichts zu sehen. Drüsenschwellungen sind sonst nicht zu fühlen.

Am 1. VIII. wird die Operation in Chloroformnarkose vorgenommen und zwar mit grosser Vorsicht, da Patientin stark anämisch ist. Die Geschwulst an der Unterlippe wird umschnitten und weit im Gesunden excidiert. Die Unterlippe wird durch einen parallel dem Schnittrande 3 cm unterhalb diesem geführten Schnitt beweglich gemacht. Der so beweglich gemachte Lappen wird nach oben gezogen und durch einen in den Knochen getriebenen Nagel fixiert. Da die Geschwulst auf die Schleimhaut zwischen Unterlippe und Zahnfleischrand und den Knochen übergeht, wird ein Teil der Schneidezahnalveolen nach Ausziehen der Schneidezähne entfernt. Die Knochenblutung wird mit dem Thermocauter gestillt. Der beweglich gemachte und mit dem Nagel fixierte Lappen und der untere Schnittrand werden genäht. Die am rechten Unterkieferrande gelegene Drüse wird ebenfalls exstirpiert. — Am 26. VIII. wird in

Narkose die Operation der Geschwulst am rechten Auge ausgeführt. Sie wird umschnitten und abgelöst, der Bulbus wird enukleirt. Es zeigt sich, dass die Geschwulst einmal in die Highmorshöhle, dann in die Stirnbeinhöhle und in die Knochenränder der Augenhöhle hineingewuchert ist. Soweit wie möglich wird sie im Gesunden exstirpiert. Die Supraorbitalränder werden mit der Hohlmeisselzange abgekniffen, ausser dem Augapfel wird noch alles in der Augenhöhle befindliche Gewebe bis auf das Periost entfernt. Die Stirnbeinhöhle wird ausgeräumt, dabei die hintere Wand derselben eröffnet und später beim Verband die Perforationsstelle mit Jodoformgazestreifen bedeckt. Die rechte Highmorshöhle wird ebenfalls ausgeräumt; das rechte Nasenbein und ein Teil des linken wird weggenommen. Die obere und mittlere Muschel werden fortgenommen. Die so entstandene Höhle wird mit steriler Gaze tamponiert. Der durchgebrochne carcinomatöse Knoten an der linken Wange wird im Gesunden umschnitten und entfernt. Die ziemlich beträchtliche Blutung wird durch Unterbindung gestillt; die Wunde wird verbunden. Der Puls nach der Operation ist gut, doch wird eine Kochsalzinfusion von 900 ccm gemacht. — Da der Verlauf der Heilung ein guter ist und die Wunde gut aussieht, wird Patientin am 12. IX. auf ihren Wunsch 8 Tage nach Hause entlassen. — Bei ihrer Wiedervorstellung am 26. IX. ist das grosse Loch in der rechten Gesichtshälfte wesentlich kleiner geworden; es wird non neuem mit Jodoformgaze tamponiert. Patientin wird nochmals auf 2 bis 3 Wochen nach Hause entlassen.

Am 3. XI. erfolgt ihre Wiederaufnahme.

An der rechten Seite findet sich in der Submaxillargegend eine wallnussgrosse, feste Drüsengeschwulst. Die Augenhöhle sieht gut aus; Geschwulstmassen sind darin nicht zu erblicken. An der linken Nasenseite finden sich einige flache Carcinomgeschwüre.

Am 6. XI. wird in Narkose die Drüsengeschwulst exstirpiert. Dieselbe ist stark mit der Submaxillaris verwachsen, weshalb ein Teil von dieser mitgenommen wird. Die Drüse ist vollkommen erweicht. Die flachen Geschwüre an der Nase werden ausgeschabt. Da Patientin sehr schwach wird und schlecht aussieht, wird von der Plastik der Augenhöhle abgesehen. Die Operationswunden werden verbunden, Patientin bekommt eine Kochsalzinfusion von 500 ccm. — Am 11. XI. werden die Nähte entfernt. Die Wunde am Unterkiefer ist per primam geheilt. Patientin hat sich gut erholt, sie wird am 14. XI. entlassen.

Die weiche Geschwulstmasse aus der linken Wange erweist sich mikroskopisch als Carcinom der Haut. Die mikroskopische Untersuchung der mit der Submaxillaris verwachsenen Drüse ergiebt

beginnendes Carcinom, die Lymphdrüsenstruktur ist nur noch zum Teil erhalten. Die oberflächlichen in der Haut sitzenden kleinen Geschwüre am rechten Mundwinkel werden frisch in Kochsalzlösung untersucht; es finden sich zahlreiche, zum Teil verfettete Geschwulstzellen.

Patientin bekam bald nach der Entlassung 2 neue Geschwülste in heiler Haut über dem erhaltenen Auge und vor dem Ohre; die operierten Stellen blieben geheilt. Wegen ihres Schwächezustandes verweigerte sie eine nochmalige Operation. Im Mai 1902 erlag sie ihrem Leiden.

10. Fall. Der 64jährige Heinrich B., Arbeiter aus Lüerdissen, hat seit langen Jahren am rechten Handrücken eine vielgeteilte Warze, die seit etwa 16 Wochen anfing zu wachsen.

Der Befund wird am 15. I. 1903 erhoben. Patient ist ein minder begabter Mann. Auf der Ulnarseite des rechten Handrückens findet sich über den Metacarpi 3—5 von der Articulatio metacarpophalangea an beginnend ein halbkugliger, wie ein Blumenkohlgewächs aussehender Tumor von der Grösse eines mittleren Apfels. Seine Oberfläche ist stark ulceriert und jaucht, mit der Unterlage ist er kaum verschieblich. Achseldrüsen sind nicht zu fühlen. An den Fingern finden sich mancherlei Contrakturen und Entwicklungshemmungen, entstanden im Anschluss an tuberculöse Affectionen im frühesten Kindesalter, die nach der Pubertät erst definitiv ausheilten unter Hinterlassung typisch lupöser Hautnarben an Fingern und beiden Handrücken. Mit Rücksicht auf diese Anamnese wird die Diagnose gestellt Carcinom auf lupöser Haut. An Armen, Beinen und der Gesichtshaut finden sich überall Spuren von tuberculösen Weichteil- und Knochenaffectionen in Form teilweise tief eingezogener Narben.

Am 19. I. wird in Narkose der Tumor umschnitten und abgetragen; er steht nirgends deutlich mit dem Knochen in Verbindung. Durch zahlreiche Ligaturen und andauernde Compression wird eine möglichst exakte Blutstillung angestrebt, die jedoch in der lupösen Haut nicht leicht ist. In die Wunde wird ein Oberschenkellappen nach Krause in zwei Teilen eingepflanzt und mit einigen Nähten fixiert; darüber kommt ein steriler Druckverband, die Hand wird durch eine Schiene immobilisiert. — Da am 23. I. Temperatursteigerung und Schmerzen auftreten, wird der Verband gewechselt. Der grössere Teil der Hautlappen scheint zu nekrotisieren und sich unter Eiterung abzustossen. Es wird ein Jodoformgazetrockenverband angelegt. — Am 28. I. sind die Lappen total nekrotisch, sie werden entfernt; es stossen sich Sehnen ab. — 24. II. Die Ab-

stossung geht sehr langsam vor sich, anfangs war starke Empfindlichkeit des Metacarpo-phalangealgelenks No. 5 vorhanden, die aber wieder nachlässt, ohne dass eine Eröffnung des Gelenks nachweisbar gewesen wäre. — Am 17. III. wird in Narkose die Transplantation der granulierenden Wundfläche an der Hand nach Thiersch vorgenommen. Die weitere Heilung nimmt einen guten Verlauf, sodass Patient am 28. III. entlassen werden kann.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Plattenepithelkrebs mit ausserordentlich zahlreichen Krebsperlen.

Patient ist nach 13 Monaten noch recidivfrei. Die Finger sind steif geblieben, die Hand schwillt beim Arbeiten etwas an.

B. Carcinome auf Geschwüren.

11. Fall. Der 52jährige Nikolaus W., Bahnhofsarbeiter aus Imshausen, macht bei seiner Aufnahme am 21. II. 1896 folgende Angaben. Er hat im Jahre 1874 beim Eisenbahnbau eine Quetschung des linken Unterschenkels erlitten, danach hat sich ein Geschwür gebildet, das bisher niemals zuheilte. Am 29. XII. 1894 ist er unversehens, als er mit dem rechten Bein vom Trittbrett ausrutschte, sehr fest mit dem linken Bein aufgetreten und will da vor Schmerzen eine Zeit lang nicht imstande gewesen sein zu gehen; die Geschwürsfläche ist danach stark gewachsen. Im übrigen ist von dem Patienten anamnestisch nicht viel zu erfahren, da er scheinbar alles auf den erlittnen kleinen Unfall zurückführen möchte.

Patient ist ein ziemlich magerer, älter als 52 Jahre aussehender Mann. In den Unterlappen der Lungen hört man hinten bronchitische Geräusche, Dämpfung ist nicht vorhanden. Auf der linken Seite sind die Schenkeldrüsen beträchtlich bis Wallnussgrösse geschwollen, die Leistendrüsen nicht. Der linke Unterschenkel zeigt in seinem oberen und mittleren Drittel eine auf der Vorderseite gelegene, jedoch auf Aussen- und Innenseite übergreifende Geschwürsfläche, welche von oben nach unten gut 15 cm misst. Die Geschwürsfläche zeigt tiefe, kraterförmige Buchten. die mit grünem, schmierig jauchigen Sekret zum Teil angefüllt sind und tumorartig sich vorwölbende graurötliche Prominenzen. Die Vertiefungen gehen tiefer als das Niveau der Schienbeinfläche liegen müsste, wenn dasselbe unversehrt wäre. Die Umgebung des Carcinoms zeigt derbe, geschwellte Haut, die wiederum tiefer als die Erhabenheiten des Carcinoms liegt. Die Geschwürsfläche verbreitet schauderhaften Gestank.

Zunächst wird das Geschwür mit Umschlägen mit essigsaurer Thonerdelösung behandelt. Am 26. II. wird in Chloroformnarkose die Amputation des linken Oberschenkels nach Gritti vorgenommen.

Die Sägefläche der Patella wird nur dadurch an die Sägefläche des Femur angeheftet, dass einige starke Catgutnähte das Periost beider Knochen zusammenhalten. Die Schenkeldrüsen werden, um die Narkose nicht zu sehr auszudehnen, noch nicht exstirpiert. — Am 4. III. werden die Nähte entfernt.

An Gefrierschnitten durch den amputierten Unterschenkel sieht man, dass die Tibia auf eine beträchtliche Strecke bis auf eine schmale Spange der hinteren Rinde in das Carcinom aufgegangen ist. Mikroskopisch wird Cancroid festgestellt.

Seit dem 10. III. wird die Amputationswunde feucht verbunden, da noch ziemlich reichliche Eiterung aus den Drainlöchern stattfindet. — Am 14. III. wurden die 3 geschwollenen Schenkeldrüsen in Narkose exstirpiert. Sie erweisen sich mikroskopisch als nicht carcinomatös, sondern nur entzündlich geschwollen. — Auch diese Wunde eitert zunächst etwas, doch sind am 28. III. beide Wunden vollkommen geheilt, der Amputationsstumpf sieht sehr gut aus. — Patient wird am 4. IV. mit Prothese geheilt entlassen.

Am 8. VI. 1903 — 7 Jahre nach der Amputation — ist W. noch vollkommen gesund.

12. Fall. Dorothea H., 67 Jahre alt, Arbeiterfrau aus Bleicherode, hat seit 29 Jahren ein kleines Geschwür am rechten Auge; im vorigen Jahre wuchs es besonders.

Bei ihrer Aufnahme am 29. VI. 1897 ist der Befund folgender. Patientin ist eine magere, elend aussehende Frau. Am rechten innern Augenwinkel besteht eine flache, blaurote, geschwürige, beinahe markstückgrosse Geschwulst auf den Rand des untern Augenlides und die Karunkel übergreifend. Der flache Tumor ist mit dem unteren Lide auf dem Knochen verschieblich. Mikroskopisch ergiebt sich Hautcarcinom.

Am 1. VII. wird in Morphiumchloroformnarkose die Exstirpation der Geschwulst samt der inneren Hälfte des unteren Augenlidrandes vorgenommen, und zwar wird etwa $^1/_4$ cm vom Geschwulstrand entfernt geschnitten. Die Wunde wird durch Transplantation nach Thiersch mit Hautläppchen aus dem rechten Oberschenkel gedeckt. — Beim Verbandwechsel am 5. VII. sieht die Wunde im ganzen gut aus, die Läppchen sind nur wenig necrotisch geworden. — Am 10. VII. ist die Wunde vollkommen trocken, die Läppchen sind gut aufgeheilt. Patientin wird entlassen.

Patientin ist am 3. X. 1898 an einem Schlaganfall gestorben; die operierte Stelle blieb immer geheilt.

13. Fall. Der 51 Jahre alte Landwirt Heinrich W., aus Moorhausen bei Jever wird am 18. IX. 1899 aufgenommen. Patient

wurde vor etwa 30 Jahren von einem Rinde in der Gegend des rechten Malleolus externus getreten. Seit jener Zeit behielt er dort ein kleines Geschwür, das zeitweise zuheilte, aber immer wieder aufbrach. Vor einem halben Jahre stellte sich hier eine Geschwulst ein, die aufbrach und herausgeschnitten wurde, worauf die Wunde mit transplantierter Haut bedeckt wurde. Trotzdem trat keine Besserung ein.

Patient ist ein schmächtiger Mann, dessen Haut besonders an den Beinen pergamentartig ist. Die Venen in der Haut sind stark ausgeprägt, nicht geschlängelt. Am rechten Unterschenkel in der Umgebung des äussern Knöchels besonders oberhalb befindet sich ein etwa zweihandflächengrosses Geschwür, dessen Ränder stark wulstartig verdickt sind. Auch im Bereich des Geschwürs wechseln wulstartige Erhöhungen mit tiefen Furchen. Das Geschwür selbst hat ein rosarotes Aussehen und ist fast ohne Eiterauflagerungen. In der rechten Leistengegend fühlt man harte, indolente Lymphdrüsenschwellungen. Es wird ein Stückchen Geschwulst excidiert, dessen mikroskopische Untersuchung Carcinom ergiebt.

Am 23. IX. wird nach vorgegangener Morphiuminjektion in Chloroformnarkose die osteoplastische Unterschenkelamputation nach Bier v. Eiselsberg ausgeführt. Der Heilungsverlauf ist ein normaler.

Am 2. X. werden die Lymphdrüsen in der rechten Leistengegend exstirpiert. Es ist dazu ein ausgedehnter Längsschnitt mit Querschnitt am oberen Ende desselben nötig, wobei das Ligamentum Pouparti durchtrennt wird. Unterhalb desselben werden einige etwa pflaumengrosse Lymphdrüsen und bis in das kleine Becken hinein noch mehrere linsen- bis mandelgrosse Drüsen entfernt. Das Ligamentum Pouparti sowie die Hautwunde werden vernäht. In den Drüsen ist mikroskopisch Plattenepithelkrebs nachweisbar mit mehreren Riesenzellen um die und zwischen den Hornmassen herumliegend.

Der Wundverlauf ist ein guter, nur hat sich am Amputationsstumpf ein kleines Decubitalgeschwür gebildet. — Am 7. XI. wird Patient auf seinen Wunsch nach Hause entlassen, er soll nach 6 Wochen wiederkommen.

Schon nach wenigen Monaten bildete sich ein Recidiv am Amputationsstumpfe. Trotz einer Amputation des Oberschenkels, die nun vorgenommen wurde, wurde der Zustand des Patienten immer schlechter, es trat starker Auswurf auf, und starb Patient Ende März 1901.

14. Fall. August H., 50 Jahre alt, Landwirt aus Kachtenhausen, aufgenommen am 29. IV. 1903. Patient hatte schon als

Kind von 10 Jahren an der Innenseite des rechten Fusses ein Geschwür, das durch Stoss entstanden sein soll. Es heilte, brach aber dann von Zeit zu Zeit immer wieder auf. Es ist nie ein operativer Eingriff gemacht worden. Seit $1^1/_2$ Jahren hat sich nun auf dem Grunde des Geschwürs eine Geschwulst gebildet, die schnell wuchs und stank. Der Fuss schwoll an, Patient bekam Schmerzen und konnte nicht mehr gut gehen und den Fuss nicht mehr gut bewegen.

Patient ist ein kräftiger, gut genährter Mann. Die Herztöne sind rein. An der Innenseite des rechten Fussgelenks befindet sich ein handflächengrosses ulceriertes, stinkendes Carcinom mit wallartigen Rändern. Bewegung des Fusses und der Zehen ist nicht besonders beeinträchtigt, sie geht langsam unter Schmerzen vor sich.

Am 1. V. wird in Morphiumchloroformnarkose unter Blutleere die Unterschenkelamputation im mittleren Drittel mit Manschettenbildung vorgenommen. Die Gefässe sind verdickt, atheromatös. Die Blutung nach Ablösung des Schlauches ist gering, die Gefässe pulsieren aber. — Die Heilung verläuft mit etwas Fieber und ziemlich starker Eiterung. Patient hat schwere Anfälle von Stenokardie, die sich auf Digitalis bessern. Am 25. VI. ist das Bein bis auf eine kleine Granulationsstelle, in der sich vor 14 Tagen von der Fibula ein kleiner Sequester abgestossen hatte, geheilt. Das Allgemeinbefinden ist besser. Am linken Bein besteht Oedem, im Urin ist kein Eiweiss. Patient wird entlassen.

Die Wunde ist seit Ende August vollständig vernarbt, und ist Patient jetzt nach 8 Monaten noch völlig geheilt.

Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Hautcarcinom.

15. Fall. Die 43 Jahre alte Emma L., Mattenmacherin aus Heringen bei Nordhausen, giebt bei ihrer Aufnahme am 1. VIII. 1901 an, dass sie sich im Alter von 2 Jahren am Gesäss verbrannt habe. Diese Brandwunde ist nie recht zur Heilung gekommen, hat aber ihre Grösse, etwa Thalerstück, stets beibehalten. Seit 2 Jahren erst hat das Geschwür immer weiter um sich gegriffen. Trotz wiederholten Rates von ärztlicher Seite, sich operieren zu lassen, hat sie sich bisher nicht dazu entschliessen können. Seit $1^1/_2$ Jahren ist die Regel ausgeblieben, seit einigen Monaten kann Patientin den Stuhl nicht mehr gut halten.

Ueber dem Kreuz- und Steissbein von den Labien beginnend, den Anus umfassend und bis zum 3. Lendenwirbel hinreichend findet sich ein gut handbreiter, 33 cm langer Hautdefekt mit grauschmierigem Belag und teilweise unterminierten Rändern. Im Bereich der Lenden- und Kreuzbeinwirbel wird der Rand in Ausdeh-

nung von 4 cm von zahlreichen papillären Excrescenzen gebildet. Hier ragt derselbe wallartig hervor und ist von zahlreichen narbigen Einziehungen zerklüftet. Auf den linken Oberschenkel setzt sich das Geschwür 6 cm vom Anus weit fort. Nach innen hat das Ulcus beide Inguinalfalten ergriffen, die Labia maiora angefressen und den Sphincter ani externus grösstenteils zerstört. Bei Untersuchung per rectum zeigt sich der Sphincter als ein dünner, mit derben knolligen Massen besetzter Strang. Untersuchung per vaginam ergiebt keine weiteren ulcerösen Herde. — Unter Localanästhesie wird ein Stück dieser Geschwulst excidiert. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergiebt Carcinom.

Patientin hat keine Neigung sich operativ behandeln zu lassen und wird deshalb am 5. VIII. entlassen.

Ihr Tod ist schon am 4. Oktober 1901 erfolgt.

Zu diesen 5 Carcinomen auf Geschwüren aus der Göttinger Klinik füge ich noch einen Fall von einem Privatpatienten, den ich der Güte des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Braun verdanke.

16. Fall. Herr M., 57 Jahre alt, aus Clausthal hat seit 38 Jahren ein Geschwür an der Ferse, das dadurch entstand, dass er mit dem Fusse zwischen zwei Kammräder geriet. Die eine Stelle an der Hacke heilte nie ganz zu, sondern eiterte immer etwas, sie wurde nur mit Salbe behandelt. Seit einem Jahre wurde das Geschwür tiefer und begann zu wuchern, es lösten sich Knochensplitter ab.

Man sieht eine Geschwürsfläche, die die rechte Ferse und die innere Seite des rechten Unterschenkels einnimmt.

Am 4. III. 1898 wird in Chloroformnarkose die Amputation des Unterschenkels vorgenommen. Die Wundheilung erfolgt per primam intentionem, sodass am 9. III. die Drainage, am 13. III. die Nähte entfernt werden können. Vier Wochen nach der Operation wird Patient als geheilt mit Prothese entlassen.

Mikroskopisch ergiebt sich Carcinom.

Patient ist im Februar 1904, also 6 Jahre nach der Operation, noch vollkommen gesund, abgesehen von Bronchitis und Arteriosclerose des Herzens, an denen er schon früher gelitten hat.

Alle diese angeführten Fälle von Carcinom haben das Gemeinsame, dass sie auf pathologisch verändertem Boden entstanden sind. Lange Jahre hindurch besteht

ein Geschwür, das oftmals und auf verschiedene Weise behandelt wird oder sonstigen dauernden Reizen aller Art ausgesetzt ist, wohl auch ab und zu heilt, aber stets nach kurzer Zeit wieder aufbricht. Das Geschwür behält dabei zunächst immer seine ursprüngliche Ausdehnung, bis es dann plötzlich sein Aussehen ändert. Es bilden sich im Grunde des Geschwürs Wucherungen, oder dasselbe beginnt sich ziemlich rasch der Fläche und Tiefe nach auszubreiten mit wulstartiger Auftreibung seiner Ränder, sodass sofort der Verdacht auf eine Neubildung erweckt wird. Der Grund des Geschwürs ist meist stark zerklüftet und mit übelriechendem Sekret angefüllt. Oder der Boden, auf dem sich das Carcinom entwickelt hat, ist ein seit Jahren bestehender Lupusfleck, mag er noch frische Knötchen aufweisen oder schon von dünner Narbendecke überhäutet worden sein, wobei im ersteren Falle das lupöse Sekret, im letzteren Insulte aller Art, denen die dünne Narbendecke nicht gewachsen ist, eine fortwährende Irritation der Haut bedingen.

Ob die Carcinome nach Lupus sich auf noch floridem oder schon abgeheiltem Lupus entwickelt haben, lässt sich nicht immer scharf auseinanderhalten, besonders wenn man nur auf Angaben von Krankengeschichten angewiesen ist; oft bestehen am Rande eines alten Lupusfleckes noch frische Lupusknötchen, während das Carcinom allem Anscheine nach seinen Ausgangspunkt von schon abgeheiltem, vernarbtem Lupus genommen hat. Ich fasse deshalb beide Arten als gleichbedeutend auf und behandle sie zusammen mit den Carcinomen, die sich auf andren Geschwüren und alten Knochenfisteln entwickelt haben, als Carcinome, die auf einem

durch chronische Entzündungen veränderten Boden entstanden sind.

Es ist eine anerkannte Thatsache, dass Veränderungen der äusseren Hautdecken, die mit beständigen, langdauernden, entzündlichen Reizungen einhergehen, zur Entwicklung eines Carcinoms besonders disponieren, einen locus minoris resistentiae schaffen. Solch einen für Carcinom geeigneten Boden bieten in besonderem Maasse lange bestehender Lupus, chronische Geschwüre und nicht ausheilende Fisteln, die in Knochen führen. Der permanente Reiz, den das Lupussekret auf die Nachbarschaft ausübt, dazu die mannigfachsten Insulte, denen die in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächte Haut während der langen Dauer des Leidens ausgesetzt ist, sind solche disponierende Momente. Ebenso ist es bei dem Auftreten der Carcinome auf langdauernden Geschwüren und Knochenfisteln. Durch fortwährende mechanische Insulte sowie durch das Sekret wird das Epithel zu atypischer Wucherung gereizt. In beiden Fällen, Lupus sowohl wie Geschwür, ist durch die permanente Entzündung der Stoffwechsel, und damit die produktive Zellthätigkeit gesteigert, beiden ist gemeinsam die andauernde Hyperämie und plasmatische Durchfeuchtung des Gewebes, die vermehrte Vascularisation, die Wucherung von Epithel und die rasche Abstossung desselben. Damit ist wohl erklärlich, dass die Momente zur Krebsentwicklung sehr zahlreiche und geeignete sind. Ausser diesen mechanischen Reizen sind jedenfalls auch chemische Einflüsse der Sekrete als Ursache für die plötzliche Zellvermehrung anzusehen, da chemische Einwirkungen auf die Zelle zu Steigerung des Stoffwechsels und des Formwechsels führen.

Dass das zu Zellvermehrung gereizte Epithel schliesslich diese atypische Wucherung in die Tiefe nimmt, hat wohl seinen Grund darin, dass es in dem Narben- und Granulationsgewebe bei den Geschwüren, resp. durch lupöse Infiltrate widerstandslos gemachten Gewebe beim Lupus einen locus minoris resistentiae findet, wo es ausserdem den erwähnten Reizen weniger oder gar nicht mehr ausgesetzt ist. Es behauptet zwar Bögehold[8])*), es sei nicht ersichtlich, wodurch das Epithel am Rande, das nicht einmal die Ulcerationsfläche zu überhäuten vermöge, plötzlich die Fähigkeit oder Lust bekommen solle, zu luxuriiren und in das Granulationsgewebe hineinzuwachsen. Aber ich meine im Gegenteil, man kann sich sehr wohl vorstellen, dass das Epithel einerseits bei seiner Eigenschaft und seinem Drange eine neue Epitheldecke zu bilden, gesteigert noch durch die chronischen Reizungen, und anderseits bei der Unfähigkeit dieses Bestreben zu verwirklichen, schliesslich in die Tiefe wuchert. Denn die Heilung der Geschwüre ist in den meisten Fällen unmöglich gemacht, weil zwar die Epithelneubildung am Rande sehr rasche Fortschritte macht, während der Grund des Geschwürs vermöge der Atrophie der Cutis und der mangelhaften Vascularisation nur ganz langsam granuliert. So kommt es, dass sich an den Rändern entsprechend der unteren Grenze der Epidermis ein ringförmiger Wulst von neugebildetem Epithel ansetzt, der sich nach unten, gegen die Tiefe vorschiebt und dann verhornt. Die Ränder des Substanzverlustes erlangen so eine nach innen zu abgerundete, überhängende

*) Die beigedruckte Zahl bezieht sich auf die betreffende Nummer im Literaturverzeichnis.

Form und bedecken sich allenthalben mit verhornter Epidermis, während in der Tiefe die Granulationsfläche frei bleibt.

Die Zeit, die vom Beginne des Lupus, resp. Geschwürs bis zum Ausbruche des Carcinoms verstrich, war in den aufgezählten Fällen stets eine viele Jahre dauernde, durchschnittlich 35 Jahre, die geringste betrug 15 Jahre (Fall 8), die längste etwa 60 Jahre (Fall 3 und 10). Was das Alter der Patienten anlangt, so weicht dasselbe nicht von dem ab, in welchem überhaupt das Carcinom am häufigsten auftritt. Das Durchschnittsalter war in diesen Fällen 52 Jahre, das niedrigste 32 (Fall 9), das höchste 71 Jahre (Fall 3). 9 Fälle kommen auf das männliche Geschlecht, 7 auf das weibliche. Drüsenmetastasen finden sich nur in 4 Fällen (1, 8, 9, 13).

Die Ausbreitung des Carcinoms ist eine äusserst rasche. Obwohl immer nur eine relativ kurze Zeit vom ersten Bemerken einer Geschulstbildung bis zum Eintritt in die Klinik verstrichen ist, ist das Carcinom bei der Aufnahme der Patienten in die Klinik doch schon so weit in der Tiefe und Fläche vorgedrungen, dass eine totale Exstirpation desselben oft kaum möglich ist. Im Mittel kamen die Patienten 10 Monate nach Auftreten der Geschwulst in Behandlung, mehrmals aber schon nach 3, 4, 6 Monaten, und doch ist die Prognose als sehr ungünstig zu bezeichnen.

2 Patienten (Fall 3 und 4) sind bald nach der Operation an einer inneren Krankheit gestorben, 1 Person (Fall 15) verweigerte die Operation. 3 Fälle sind nur kurze Zeit beobachtet, in der sie allerdings geheilt geblieben sind: Fall 14 8 Monate lang, Fall 10 13 Monate und Fall 12 $1^1/_4$ Jahr lang. Bei Fall 5 traten

zunächst kurz nacheinander 2 Recidive auf, er ist jedoch dann nach $2^1/_4$ Jahren noch gesund. Von den übrigen 9 Fällen können 2 als dauernd geheilt bezeichnet werden (beides Amputationen), sie sind 6 resp. 7 Jahre lang beobachtet. 2 Fälle waren überhaupt inoperabel, weil das Carcinom schon zu weit fortgeschritten war, als dass eine vollständige Entfernung möglich gewesen wäre. 4 Patienten bekamen bald nach der Operation Recidive, denen sie erlagen. Bei Fall 9 waren gleichzeitig 3 Carcinome zu beobachten, nach deren Operation noch weitere 2 Carcinome auftraten.

Um über das Wesen und den Verlauf der hier in Frage kommenden Carcinome nähere Aufklärung zu erfahren, ist es nötig, über ein möglichst grosses Material zu verfügen. Ich habe deshalb die bisher in der Litteratur bekannt gegebenen Fälle gesammelt und als Resultat zusammen mit den meinigen 293 Fälle gefunden. Davon sind veröffentlicht von Ashihara 122 [1])*), Schindler 4 [2]), R. Volkmann 58 [3]), v. Brunn 30 [4]), Druckenmüller 9 [5]), Weber 1 [6]), Franze 7 [7]), Bögehold 2 [8]), Morestin 1 [9]), Becker 2 [10]), Wahrendorf 4 [11]), Michael 15 [12]), Henze 2 [13]), Schneider 2 [14]), Ziegler 5 [15]), v. Friedländer 2 [16]), Borchers 10 [17]), Braun 1 [18]), von mir (Prof. Braun) stammen 16 Fälle.

Von diesen 293 Carcinomen sind entstanden auf Lupus 141, auf chronischen Geschwüren 108, auf Knochenfisteln 44. Die Entstehungsweise der Carcinome auf Knochenfisteln ist eine ganz ähnliche wie die auf Lupus und Geschwüren; deshalb zähle ich sie mit auf, ob-

---

*) Die beigedruckten Zahlen beziehen sich auf die betreffenden Nummern im Litteraturverzeichnis.

wohl ich selbst von diesen Carcinomen, die ja überhaupt in der Minderzahl sind, in der kurzen Zeit der Beobachtung in der hiesigen Klinik keinen Fall gefunden habe. Davon entstammen allein aus der Tübinger Klinik 62 Fälle. Es sind darunter 10 Lupuscarcinome von 1861 bis zum Jahre 1893 (berichtet von Bayha[19]) und Steinhauser[20]), 15 Fälle vom Jahre 1860 bis 1890 (mitgeteilt von Michael), und zwar 11 Carcinome auf Unterschenkelgeschwüren, 2 auf Knochenfisteln, 1 auf einem Abscess, 1 nach Verbrennung, 14 Fälle von 1890 bis 1903 (mitgeteilt von v. Brunn), und zwar 3 Carcinome nach Lupus, 7 auf Geschwüren, 4 auf Fisteln; von Franze sind mitgeteilt 7 Fälle, nämlich 6 auf Geschwüren, 1 auf einer Knochenfistel.

Soweit das Geschlecht angegeben ist, sind unter den Patienten 201 Männer, 80 Frauen, die Männer also fast dreimal so häufig betroffen als das weibliche Geschlecht. Dies ist eine sehr auffällige Thatsache, zumal da Lupus und auch Unterschenkelgeschwüre allein häufiger bei Frauen vorkommen. Der Grund dürfte wohl darin liegen, dass der Hautkrebs bei Männern überhaupt häufiger ist, und dass dieselben mehr Schädlichkeiten und disponierenden Hautreizungen in ihren Gewerben und Berufen ausgesetzt sind.

Die jüngsten betroffenen Personen sind ein Mädchen von 9 Jahren, beschrieben von Nielsen[21]), und ein solches von 14 Jahren, beobachtet von Braun[18]); die älteste Person ist ein Mann von 81 Jahren. Die meisten Kranken sind in dem Alter, in dem Krebs überhaupt am meisten vorkommt, zwischen 40 und 60 Jahren betroffen, nämlich 61 %. Auf die verschiedenen Lebensalter verteilen sich die Fälle folgendermassen:

Es standen im Alter von	Gesamtzahl der Personen	Davon entfallen auf Carcinome		
		auf Lupus	auf Geschwüren	auf Knochenfisteln
1—10 Jahren	1	1	—	—
11—20 „	1	—	1	—
21—30 „	16	13	3	—
31—40 „	39	17	14	8
41—50 „	76	32	26	18
51—60 „	78	31	35	12
61—70 „	29	14	11	4
71—80 „	11	3	7	1
81—90 „	1	—	1	—

Die Zeit, die vom ersten Auftreten des Geschwürs, resp. Lupus und Fistel, bis zum Beginn des Carcinoms verstrichen ist, ist eine Jahre, ja Jahrzehnte dauernde. Sie ist in 223 Fällen angegeben und schwankt zwischen 2 und 67 Jahren. Nur 19 mal ist sie geringer als 10 Jahre, 167 mal liegt sie zwischen 11 und 40 Jahren, aber auch eine Zeitdauer zwischen 41 und 65 Jahren wird 37 mal angeführt.

Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig. Allerdings muss man da zwischen zwei Operationsmethoden unterscheiden, einmal zwischen der Exstirpation und Kauterisation, und dann der radikalen wie Amputation und Exartikulation. Die Behandlung und deren Ergebnis ist in 155 Fällen angegeben, davon entfallen auf Excisionen und ähnliche Behandlungsmethoden 77, auf die Abnahme ganzer Gliedmassen 78 Fälle. Bei der ersteren Gruppe nun sind nur 7 = 9 % Dauerheilungen zu verzeichnen, während in 48 Fällen = 62 % Recidive kamen. Bei der zweiten Gruppe stellt sich

die Prognose bedeutend günstiger, indem Berichte von 21 = 27 % Dauerheilungen vorliegen, während nur 17 Fälle = 22 % recidivierten. Als Dauerheilungen sind die Fälle bezeichnet, die mindestens 2½ Jahre lang geheilt blieben; die meisten davon sind 4, 5 Jahre und länger als geheilt beobachtet worden.

Auf die 3 Gruppen von Carcinomen auf Lupus, auf Geschwüren, und auf Knochenfisteln verteilen sich die Operationsmethoden und Operationsresultate folgendermassen. Es wurden an den Carcinomen auf der Basis von Lupus ausgeführt 60 Excisionen und 4 Amputationen. Bei ersteren traten 37 = 61 % Recidive auf, während nur 4 Fälle länger als 2½ Jahre geheilt blieben, das sind 6,6 %. Von den 4 Amputierten war einer noch nach 7 Jahren geheilt, ein andrer nach 1½ Jahren; bei den andern 2 Fällen traten Recidive auf, beides Drüsenmetastasen, 14 Fälle waren inoperabel, 4 Patienten starben gleich nach der Operation.

Die Carcinome auf der Basis von Geschwüren stehen insofern günstiger da, als sie meist an den Extremitäten vorkamen und deshalb durch die Amputation öfter radikale Heilung erzielt werden konnte. In 46 Fällen wurde die Amputation ausgeführt und 13 Dauerheilungen = 28 % erzielt, nur 12 Fälle = 26 % recidivierten, davon waren 6 Drüsenmetastasen, 3 traten am Stumpf auf, 3 sind nicht näher bezeichnet. 18 Patienten wurden geheilt entlassen und sind dann nicht weiter beobachtet worden, bei 3 trat der Tod ein. Excisionen wurden 17 vorgenommen mit dem Erfolge, dass nur 3 Fälle = 18 % dauernd geheilt blieben, während 11 mal Recidive = 65 % zu verzeichnen waren. Ein Patient wurde geheilt entlassen, bei 2 trat gleich nach der Operation

der Tod ein. Bei dieser Gruppe waren nur 2 Fälle inoperabel.

Was die Carcinome auf Knochenfisteln anlangt, so sind hier nur Amputationen und zwar 28 mal ausgeführt worden. Danach traten 3 mal Recidive ein = 10,7 %, einmal in den Drüsen, 2 mal am Stumpf, 7 Fälle = 25 % blieben länger als 2 Jahre geheilt. 12 Patienten konnten geheilt entlassen werden, ohne dann aber weiter beobachtet worden zu sein, 1 Fall war inoperabel, 2 mal trat im Anschlusse an die Operation der Tod ein.

Bezeichnend für die Malignität dieser Art von Carcinomen ist auch, dass 17 Fälle von vornherein, und 8 Recidive inoperabel waren, und dass 19 mal der Tod infolge von Recidiven eintrat.

Von carcinomatöser Entartung der regionären Lymphdrüsen wird nur in 34 Fällen berichtet. Dagegen liegen Meldungen von 2 Fällen vor, in denen sich Metastasen in inneren Organen vorfanden. So berichtet Trendelenburg[22]) von einem Lupuscarcinom mit Metastasen in Pleura und linker Niere, und Pinner[23]) von einem solchen des Ellbogens mit Metastasen auf der linken Brustseite und der linken Lunge.

Die grosse Anzahl der auf chronisch entzündlicher Basis entstandenen Carcinome berechtigt wohl zu der Behauptung, dass dieses Vorkommen kein zufälliges ist, hat doch R. Volkmann[3]) nachgewiesen, dass das auf chronisch entzündlicher Basis entstandene Carcinom an den Extremitäten die Mehrzahl aller Fälle ausmacht. Es ist vielmehr die durch geschwürige Prozesse veränderte Haut ein für die Entwicklung des Carcinoms geeigneter Boden, der sowohl zu seiner Entstehung in hohem Masse disponiert, als auch seiner

schnellen Ausbreitung äusserst förderlich ist, indem das Carcinom in das lockere, erweichte Gewebe viel leichter und schneller vordringen und in kurzer Zeit grosse Ausdehnung erlangen kann. Deshalb ist auch die Prognose der Carcinome am Stamm als eine ungünstige zu bezeichnen, da hier nicht wie an den Extremitäten durch Absetzung des ganzen Gliedes eine radikale Heilung möglich ist; in diesem Falle ist die Prognose noch umso günstiger, weil die regionären Lymphdrüsen nur selten und spät carcinomatös entarten.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Braun, dem ich die Anregung zu dieser Arbeit verdanke, für die freundlichen Ratschläge, die er mir hierbei hat zu teil werden lassen, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteraturverzeichnis.

1) Ashihara: Ueber das Lupuscarcinom. Dissert. Breslau 1900.
2) Schindler: Beiträge zur Entwicklung maligner Tumoren aus Narben. Dissert. Strassburg 1885.
3) R. Volkmann: Ueber den primären Krebs der Extremitäten. Sammlung klin. Vorträge. No. 334/35. 1889.
4) v. Brunn: Ueber den primären Krebs der Extremitäten. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 37. 1903. S. 227.
5) Druckenmüller: Beitrag zur Kasuistik der Carcinomentwicklung auf Unterschenkelgeschwüren. Dissert. Greifswald 1895.
6) Weber, P.: Beitrag zur Entwicklung der Hautkrebse aus Narben. Dissert. Würzburg 1889.
7) Franze: Ueber Extremitätenkrebs. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 35. S. 171.
8) Bögehold: Ueber die Entwicklung von malignen Tumoren aus Narben. Virchows Archiv Band 88. 1882. S. 229.
9) Morestin: Epithélioma de la jambe developpé sur la cicatrice d'un ancien ulcère consécutif à une brulûre. Bull. de la Soc. anat. 1899.
10) Becker: Ueber Riesenzellen in Cancroiden. Virchows Archiv. 1899. Band 156.
11) Wahrendorf: Ein Fall von Carcinom der Tibia und des Unterschenkels in einer Nekrosennarbe. Dissert. Greifswald 1893.
12) Michael: Ueber den primären Krebs der Extremitäten. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 7. 1891. S. 420.
13) Henze: Ueber Narben- und Fistelcarcinom an den Gliedmassen. Dissert. Greifswald 1899.
14) Schneider: Ueber Extremitätenkrebs. Dissert. Berlin 1889.
15) Ziegler: Ueber die Beziehungen der Traumen zu Geschwülsten. Münchner med. Wochenschrift. 1895. Heft 28.

16) v. Friedländer: Beitrag zur Kenntnis der Carcinomentwicklung in Sequesterhöhlen und Fisteln. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1894.
17) Borchers: Ueber das Carcinom, das sich in alten Fistelgängen der Haut entwickelt. Dissert. Göttingen 1891.
18) Braun: Exstirpation eines den Schädel perforirenden Hautcarcinoms bei einem 14 jährigen Mädchen. LangenbecksArchiv für klin. Chirurgie. Band 45. 1893. S. 186.
19) Bayha: Ueber Lupuscarcinom. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 3. 1888. S. 1.
20) Steinhauser: Ueber Lupuscarcinom. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 12. 1893. S. 501.
21) Nielsen: Om Carcinom paa Lupus. Hosp. Tid. 3 R. VIII. 25/26.
22) Trendelenburg: Carcinom in Lupusnarben. Deutsche Chirurgie. Lieferung 33. S. 137.
23) Pinner: Neissers med.-stereoskop. Atlas. 14. Lieferung. 1896.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Theodor Edwin Martschke, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Pfarrers Karl Martschke, wurde am 27. Juli 1879 zu Weissenberg in Sachsen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Bautzen, das er Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Verfasser studierte zunächst 4 Semester in Leipzig, wo er auch sein Tentamen physicum bestand; von da ab besuchte er die Universität Göttingen und vollendete hierselbst am 29. Januar 1904 sein ärztliches Staatsexamen.